

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ANNÉE 1940

THÈSE

N°

240

POUR LE
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(*Mention Médecine*)

par

Paul FRICOU

né le 23 Février 1914 à Lacapelle-Marival (Lot)

Role des Dents dans l'évolution et le traitement des fractures des mâchoires

Président : M. CUNÉO, Professeur

STUDIO STENO-DACTYL
5, rue du Pont-de-Lodi
PARIS (VI^e)
1940



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

par

Paul FRICOU

né le 23 Février 1914 à Lacapelle-Marival (Lot)

Role des Dents
dans l'évolution et le traitement
des fractures des mâchoires

Président : M. CUNÉO, Professeur

STUDIO STENO-DACTYL

5, rue du Pont-de-Lodi

PARIS (VI^e)

1940

LE DOYEN TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale

ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 PASTEUR-
 VALLERY-RADO

Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

MONDOR
 LEROUX
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LEVY-VALENSI.
 Henri BENARD.
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 FIESSINGER.
 LOEPER.
 RATHERY.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.
 LAIGNEL-

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.

LAVASTINE

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.

Clinique chirurgicale



CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 VELTER.

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.

Clinique d'accouchements

LEVY-SOLAL.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 HARVIER.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 M. VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 Clovis VINCENT.

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de cardiologie
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assistance Médico-sociale

Professeurs sans chaire

HAZARD.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
BERNARD (E.) ..	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
BONNET	Bactériologie.	JOANNON	Hygiène.
BOULANGER	Chimie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LANTUEJOUL ...	Obstétrique.
BROUET	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BULLIARD	Histologie.	LELONG	Pathologie médicale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CORDIER	Anatomie.	LENEGRE	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY ..	Pharmacologie.
COUVELAIRE R.	Urologie.	MARCHAL	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.) ..	Physique.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	PETIT-.....	
DOGNON	Physique.	DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	RENARD	Ophthalmologie.
FUNK.		RICHEL	Physiologie.
BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SOULIE	Pathologie médicale.
Mlle GAUTHIER.		SUREAU	Obstétrique.
VILLARS	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
cafe.		WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ...	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLET-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ...	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES.	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET ..	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.)..		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE ...			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

*Je dédie ce modeste travail à celui dont
la vie de labeur et d'honneur seront tou-
jours ma fierté et ma règle de conduite.*

A MON PÈRE

*A celles dont l'amour ont toujours com-
blé mon cœur.*

A MA MÈRE

A MA FEMME

En un filial et tendre hommage.

A MON FRERE

qui a guidé mes premiers pas d'étudiant.

A TOUS LES MIENS.

A ceux qui vivent ma vie de soldat et

A MES CAMARADES du camp de Sissonnes.

A MON JURY DE THESE

Le Professeur CUNEO

Dont la haute bienveillance et la grande bonté m'ont si profondément touché.

Je le remercie infiniment d'avoir voulu présider ce travail.

A MES MAITRES

Le Docteur THIBAUT

Stomatologiste des Hôpitaux

Le Docteur CADENAT

Chargé de Cour à la Faculté de Toulouse

qui a inspiré ce travail.

A MES CONDISEIPLES

DE L'ÉCOLE DE STOMATOLOGIE

ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

L'os se brise souvent sous l'influence d'un choc minime quand il présente un point de moindre résistance. La dent de sagesse en évolution constitue un point faible de la mâchoire, aussi observe-t-on couramment des fractures au niveau de cette dent de sagesse en évolution.

Dans le même ordre d'idées, la résistance de l'os peut être diminuée par des causes générales ou locales : tabès, ostéomyélite de la mâchoire, gomme syphilitique, kyste paradentaire. C'est ainsi qu'au cours d'une simple extraction dentaire, un os ainsi affaibli pourra se rompre : d'où la nécessité d'éviter toute manœuvre de force non seulement sur un os suspect mais même sur un os sain pour éviter d'entraîner le rebord alvéolaire pouvant compromettre ainsi l'avenir de plusieurs dents. Les fractures des

mâchoires diffèrent des autres fractures en ce qu'elles portent sur des os dentés d'où au point de vue clinique la division en :

Fractures interdentaires où le trait de fracture siège sur la partie dentée du maxillaire.

Fractures extradentaires où le trait de fracture siège en arrière de l'arcade dentaire.

Mais même pour ces dernières, l'importance du système dentaire est grande, car c'est la restitution de l'intégrité anatomique de la denture, de l'articulé et la physiologie normale des mouvements masticatoires qui domine le traitement.

Aussi faut-il envisager :

1° Le retentissement des fractures des mâchoires sur le système dentaire ;

2° Le rôle des dents sur l'évolution et le traitement des fractures des mâchoires.

C'est surtout ce dernier point que nous envisagerons dans ce travail.

CHAPITRE PREMIER

RETENTISSEMENT DES FRACTURES

DES MACHOIRES

SUR LE SYSTEME DENTAIRE

I. — *Fractures et luxations*

Le traumatisme qui provoque la fracture du maxillaire détermine fréquemment la fracture ou la luxation des dents. Les dents ainsi lésées peuvent se trouver soit au niveau du trait de fracture, soit en dehors. Le premier cas pose un double problème :

1° D'ordre immédiat : Il faut extraire cette racine ;

2° D'ordre tardif : La fracture consolidée, la dent manquante, au niveau du trait, pourrait déterminer une légère atrésie du maxillaire. Nous verrons par quels moyens on y remédiera lors du traitement.

Quel que soit le siège de la dent fracturée, nous pourrons avoir :

Des fractures coronaires intéressant soit l'émail seul, soit l'émail et l'ivoire. On peut avoir des fractures partielles de la couronne, les pulpes ainsi mises à nu, provoquent des douleurs violentes.

Des fractures corono-radiculaires.

Des fractures comminutives.

Dans les fractures de guerre, les lésions dentaires prennent un caractère particulier : un débris de couronne, une dent entière peut être entraînée par un agent vulnérant et faire projectile secondaire qui va pénétrer dans un organe voisin, dans la joue, dans le pharynx et surtout dans la langue.

D'autres dents peuvent être simplement luxées ; elles saillent plus que normalement en dehors de l'os, rendant impossible l'occlusion des maxillaires.

Dans les blessures de guerre, il est une notion qui domine les autres. On a affaire le plus souvent à des poly-blessés et les lésions maxillo-faciales passeront parfois au second plan et seront traitées ultérieurement.

En présence de toute fracture du maxillaire, on fera systématiquement une radiographie des mâchoires. Elle est indispensable pour confirmer le diagnostic d'une fracture siégeant au niveau d'une région difficilement accessible. Par contre, elle est le plus souvent inutile pour affirmer le diagnostic de fracture siégeant sur la branche horizontale du maxillaire.

Le diagnostic de fracture est, dans ce cas-là, le plus souvent évident et dans presque tous les cas, l'examen clinique suffira pour l'affirmer, mais ici un petit film dentaire intrabuccal permettra d'indiquer les rapports entre le trait de fracture et les dents. Si le traumatisme a brisé des dents, la radio permettra de mettre en évidence des extrémités de racines ou des apex que la clinique ne permettrait point de déceler et qui pourraient compromettre l'évolution de la fracture.

Fractures de l'alvéole

Elles sont la règle dans les fractures interdentaires, le trait ouvrant presque toujours une alvéole et entraînant l'ébranlement de la dent correspondante et souvent sa mortification, voire son infection à rétro (nous verrons plus loin la conduite à tenir vis-à-vis de dents mortes ou infectées).

Lorsque le traumatisme porte directement sur les dents, on observe d'importantes fractures du rebord alvéolaire, les dents violemment déplacées entraînent avec elles le rebord alvéolaire externe qui reste adhérent aux racines dentaires par les connexions ligamentaires et le rebord gingival.

Le rebord alvéolaire interne plus épais et plus résistant que l'externe est plus rarement fracturé.

La fracture peut intéresser les alvéoles de deux ou trois dents. La fibro-muqueuse gingivale maintient en place le fragment de l'os et les dents. La moindre

pression suffit à imprimer une notable mobilité au bloc dentaire. Nous verrons plus loin que toute dent dont l'alvéole est intéressée par la fracture doit être attentivement surveillée pour être traitée ou extraite si elle paraît entraver la consolidation.

Lésions du follicule dentaire

Elles s'observent essentiellement chez l'enfant lorsqu'un follicule d'une dent de remplacement est intéressé par les fractures ; on peut observer les complications suivantes :

Soit l'infection du follicule suivie de son expulsion.

Soit la déviation de la direction de la dent qui plus tard évoluera en position vicieuse.

Fort heureusement, ces difficultés sont compensées par un avantage sérieux. La consolidation s'effectue rapidement, même si l'immobilisation du fragment est assez précaire.

Toute fracture du maxillaire entraîne une perte partielle ou totale de l'articulé. (Par fracture, nous entendons une solution de continuité de l'os sans perte de substance.) Si bien que la perte de l'articulé est un excellent signe de fracture et que restauré, l'articulé doit être le principe directeur du traitement car, sur lui est pour une part basée la valeur fonctionnelle de la denture.

Par perte ou restauration de l'articulé, il faut presque toujours entendre qu'il s'agit de l'articulé anté-

rieur à la fracture et non de l'articulé théorique, car au moins dans les fractures sans perte de substance, c'est la seule façon de remettre les fragments osseux dans des rapports anatomiques normaux en raison des liaisons rapides entre les dents et l'os qui les supporte. Dans les fractures avec perte de substance, cette règle ne souffre qu'une exception.

Si le blessé atteint d'une fracture avec perte de substance du maxillaire inférieur était prognathe inférieur vrai ou faux avant l'accident, on peut chercher une atténuation de l'écartement des fragments en plaçant le maxillaire inférieur en position théorique orthognate des incisives. On obtient ainsi après consolidation un bon résultat fonctionnel et esthétique (blessés de la guerre d'Espagne : cas rapportés par le docteur Cadenat), malgré la déviation de la ligne médiane.

Par contre, on ne doit jamais chez un orthognate tolérer le rapprochement des fragments par la perte de l'articulé (comme certains l'ont conseillé) le résultat fonctionnel est mauvais (mâchoire de serpent).

L'articulé antérieur à la fracture dans tous les autres cas sera soigneusement recherché en étudiant en plus des rapports théoriques normaux, les facettes d'usure et les inclinaisons anormales des dents antagonistes, les agressions des dents dépourvues d'antagonistes.

(Attention à ne pas croire à une fracture inexistante dans un traumatisme de la face chez les gens porteurs d'anomalie dentaire préexistante.)

Dans les fractures interdentaires à fragments pourvus de peu de dents, il faudra également faire très attention aux déplacements transversaux des dents qui sont aussi importantes à réduire que les déplacements sagittaux ou verticaux.

L'articulé transversal des fragments ne partant que des incisives sera particulièrement difficile à déterminer ; ici la palpation directe des fragments pourra seule parfois révéler s'il n'y a pas de version réelle du fragment dans la position de réduction établie par le seul examen dentaire.

Une mobilité suffisante du maxillaire inférieur par rapport au supérieur est nécessaire pour un bon résultat fonctionnel.

Cette mobilité peut être diminuée essentiellement par deux causes :

Le trismus est gêné à l'ouverture de la bouche temporaire et d'origine musculaire. Son évolution est rapide car elle est causée par des troubles réflexes ou par des lésions inflammatoires, qu'elle est douloureuse.

L'ankylose temporo-maxillaire d'origine articulaire consécutive généralement à une arthrite traumatique ou infectieuse : c'est essentiellement une constriction permanente, elle est l'aboutissement d'un processus de cicatrisation. Elle s'installe lentement et est indolore.

CHAPITRE II

ROLE DES DENTS SUR L'EVOLUTION ET LE TRAITEMENT DES FRACTURES DES MACHOIRES

Les dents peuvent avoir un retentissement favorable ou défavorable sur l'évolution.

Retentissement défavorable

La présence de dents sur les maxillaires fait que toute fracture interdentaire est une fracture dont le foyer communique avec la cavité buccale, donc ouverte, donc infectée. Ceci en raison de la forte adhérence de la gencive périoste à l'os et, à sa plus faible adhérence au collet dentaire. Dès lors, la gencive se

détache de la dent, puis se rompt pour peu que le déplacement soit important.

Cette infection obligatoire est fonction :

Pour son intensité, de l'état antérieur de la septicité de la denture ou du milieu buccal, aussi en présence de toute fracture, on pratiquera systématiquement de la bouche et des dents : détartrage, brossage, on verra le malade deux ou trois fois par semaine. A chaque examen, on fera des lavages de bouche (savon liquide, eau oxygénée, solution étendue de Liqueur de Labarraque). Ces soins d'hygiène sont nécessaires à la bonne évolution de la fracture.

Pour son développement, cette infection est fonction de l'état local des tissus, de leur vitalité et de l'état général du sujet, de sa résistance à l'infection, mais elle existe toujours dans tous les cas.

Le foyer de fracture étant toujours en communication avec le milieu buccal s'infecte fatalement et l'ostéite est de règle. La suppuration est fréquente, le pus s'évacue habituellement par la bouche, mais il peut se faire jour par une fistule cutanée dont l'orifice siège au niveau du bord inférieur du maxillaire.

Toute suppuration prolongée doit faire penser à la présence d'un séquestre dans le foyer de fracture. Il en résulte un retard de consolidation. On pratiquera un examen au stylet par la voie alvéolaire pour rechercher la mobilité du séquestre. On ne l'enlèvera que lorsqu'il sera nettement mobile, c'est-à-dire bien séparé du vif.

Dans bien des cas, il pourra être saisi doucement à l'aide d'une précelle et sorti délicatement par l'orifice d'un alvéole déshabité. La curette ne doit être utilisée qu'avec une extrême prudence, un curettage trop énergique du foyer de fracture risque d'entraver à tout jamais l'ostéogénèse.

La présence de dents ou de racines préalablement infectées avant le traumatisme aggrave l'infection :

a) En augmentant la septicité buccale par leurs lésions externes. La carie et la pyorrhée déversent continuellement dans la bouche des germes et des produits désintégrés.

b) En portant d'emblée l'infection dans la profondeur du foyer de la fracture (lésion apicale traversée par le trait de fracture).

c) En diminuant la résistance de l'organisme ou en offrant à portée des tissus contrits des germes infectieux (lésion apicale voisine du trait de fracture). C'est dire encore ici l'intérêt de faire systématiquement une radio dentaire en présence de toute fracture des mâchoires.

Les dents voisines du trait de fracture, même si elles semblent saines, ont presque toujours leurs pulpes mortifiées. Elles sont dévitalisées par le traumatisme parce que leurs alvéoles ont été ouverts par cetrauma, parce que leurs pédoncules vasculaires ont été interrompus à distance. Elles peuvent compliquer ou retarder l'évolution :

a) En s'infectant par voie sanguine et en créant des accidents phlegmoneux secondaires, le phlegmon peri-maxillaire se rencontre le plus souvent sur des incisives inférieures.

b) En jouant le rôle de corps étranger dans le foyer de fracture, parfois même de corps étranger septique en s'infectant à retro. Il peut en être de même des dents ectopiques ou en éruption (dent de sagesse en particulier) ou de dents projetées dans le foyer par le traumatisme.

Dans les fractures de guerre, les seuls accidents infectieux que l'on rencontre sont de deux catégories :

Les premiers ne se produisent pas dans les premiers jours, mais dans les premières semaines. Ce sont des abcès collectés autour d'une esquille libre ou autour d'un projectile négligé.

Les seconds se rapportent aux complications septiques cervico-faciales qui, elles, sont redoutables, car si les grands fracas de la face ne s'accompagnent pas d'accidents infectieux graves, la moindre fissure du pharynx et de l'œsophage, au contraire, en communication avec l'espace cellulaire du cou est une chose très grave réalisant les phlegmons diffus gangréneux.

Retentissement favorable

Cependant, les dents implantées dans le maxillaire jouent un rôle utile dans l'évolution et le traitement des fractures des mâchoires :

Elles favorisent l'évolution : Il est une notion classique : un os se régénère d'autant plus facilement qu'il est plus vascularisé ; c'est ainsi que le maxillaire inférieur se consolide en vingt à trente jours, le maxillaire supérieur en huit jours, le malaire en cinq à six jours. Il en résulte que plus un maxillaire portera de dents, plus il sera vascularisé et plus il se consolidera rapidement.

Elles favorisent le traitement : En s'opposant par leur présence seule au déplacement des fragments. Exemple : La dent de sagesse s'opposant à l'ascension d'un fragment postérieur ; les incisives s'opposant à la version des fragments dans une fracture médiane.

Parfois, la malposition des dents est très peu accentuée et le blessé parvient en contractant lentement ses muscles élévateurs à redresser petit à petit les dents déplacées en les faisant glisser sur leur antagoniste. L'articulé redevient correct et de ce fait la réduction du fragment osseux est obtenue. Le maxillaire a été guidé vers la position normale par des plans inclinés dentaires favorables.

Mais, dans d'autres cas, la fermeture de la bouche donne le résultat inverse. A mesuré que les arcades se rapprochent l'une de l'autre, on voit l'articulé devenir de plus en plus incorrect et par un examen plus attentif, on constate que certaines dents, en glissant de façon anormale sur leurs antagonistes, rendent la malocclusion plus importante. Les déplacements des fragments osseux est accentué ici par des plans inclinés dentaires défavorables.

En fournissant aux praticiens la meilleure fiche d'ostéosynthèse qu'il soit possible de rêver, naturellement tolérée, articulée avec souplesse, ne créant pas d'ostéite, fermement fixée, permettant des tractions puissantes.

Les dents saines serviront en effet de précieux points de traction. Les dents situées sur le maxillaire non fracturé servent de points fixes. Les dents situées sur les fragments du maxillaire fracturé représenteront le point mobile que l'on se proposera de déplacer pour obtenir une réduction correcte des fragments osseux par la mise en articulé.

Le traitement aura donc à s'inspirer de ce double rôle :

1° *Savoir utiliser l'appui dentaire :*

- pour la réduction ;
- pour la contention.

Cette utilisation sera provisoire jusqu'à la consolidation dans les cas favorables. Elle pourra être définitive dans les pseudarthroses lâches.

2° *Savoir supprimer* en temps voulu les dents nuisibles à la consolidation, mais les garder le temps pendant le quel les mêmes dents sont cependant utiles.

Le traitement des fractures des mâchoires, comme celui de toute fracture, comprend deux temps : réduire la fracture, la maintenir en bonne position.

Réduction des fragments de l'arcade dentaire

Il est une notion qu'il faut d'emblée, mettre en valeur. L'arcade dentaire est le miroir de l'os qui la supporte ; tout déplacement de cet os se traduira par une modification de l'arcade bien définie. Ce que l'on se proposera de réduire, c'est le trouble de l'articulé dentaire : on ne s'occupera même pas de la position des fragments osseux, car nous savons, en effet, que la mise en bon articulé des dents et la réduction correcte de l'os sont deux propositions semblables et que l'une n'est possible que lorsque l'autre est réalisée.

En conséquence, la réduction de la fracture d'une mâchoire sera obtenue en réduisant le déplacement de son arcade dentaire. De plus, une arcade dentaire possède un tuteur naturel parfait qui est son opposant.

Si la fracture est récente, la réduction pourra se faire immédiatement et avec beaucoup de facilité. Si la fracture est assez ancienne, la réduction ne pourra s'obtenir aussi aisément. En prenant point d'appui sur les dents, on établira des tractions élastiques. La contracture musculaire qui s'opposait à la réduction sera petit à petit vaincue et la mise en articulé sera possible.

La contention

La contention d'une fracture du maxillaire inférieur, par exemple, est toujours facile quand l'ar-

cade inférieure s'articule normalement avec son opposante. Le maxillaire supérieur est, en effet, la meilleure attelle naturelle pour le maxillaire inférieur brisé, mais pour cela faut-il qu'il y ait encore un nombre de dents antagonistes suffisant pour permettre une bonne occlusion.

La contention dépend alors du bon état de la denture. On peut affirmer qu'une fracture se consolide rapidement quand la denture est suffisamment bonne pour permettre aux deux arcades de bien s'articuler. Inversement une fracture se consolide lentement quand la denture est déficiente et quand l'arcade inférieure brisée ne trouve pas de point d'appui convenable sur l'arcade opposée. Dans ce dernier cas, le premier temps du traitement consistera à remplacer les dents supérieures absentes par un appareil de prothèse simple, c'est-à-dire par une plaque palatine munie de talons de mastication en vulcanite.

Nous étudierons les appareils de contention simple qui permettront de traiter toutes les fractures de la pratique courante.

La fronde mentonnière élastique

Simple bande de caoutchouc passant par la pointe du menton et prenant point d'appui sur le sommet du crâne. Elle aura quatre ou cinq centimètres de largeur et une longueur suffisante pour que ses deux extrémités s'entrecroisent largement. Les deux extrémités seront fixées par des pinces fixe-cravates. La

tension de la bande ne devra être ni trop faible ni trop forte, mais suffisante pour maintenir la mandibule en position de repos et les arcades dentaires en occlusion.

Les ligatures dentaires

Elles nous permettent de réaliser un blocage mono-maxillaire ou bimaxillaire.

Le blocage mono-maxillaire donnera une bonne contention, si l'articulé normal est obtenu. Pour le réaliser, le procédé le plus simple est la « ligature en échelle » de Ponroy et Psaume.

Pour exécuter cette ligature, il suffit d'avoir du fil de laiton numéro 18, une pince à forcipressure et une pince coupante. La ligature comprend un fil vestibulaire et un fil lingual (montant de l'échelle) réunis par des anses interdentaires (échelons). On dispose d'abord les anses interdentaires dans lesquelles on passe le fil lingual puis le fil vestibulaire. La torsion successive et progressive de tous les fils produit une tension énergique. L'ensemble est indesserrable. S'il manque une ou deux dents au niveau de la fracture, on peut obtenir le rapprochement exagéré des fragments de l'arcade dentaire et garder l'espace normal en interposant sur le fil de ligature une perle (taillée dans un manche de brosse à dents, par exemple), comme le préconisent Ponroy et Psaume.

Le blocage bimaxillaire sera obtenu avec les ligatures d'Ivy, avec des arcs vestibulaires ou les gouttières.

Il existe d'autres procédés de contention (en particulier les plaques palatines à plans inclinés : ces dernières sont moins couramment employées. Leur but est de réduire le déplacement lingual des molaires.

Les blessés bloqués s'alimentent avec la plus grande difficulté ; on les nourrira avec des liquides.

CHAPITRE III

CONDUITE A TENIR EN PRESENCE D'UNE FRACTURE DES MACHOIRES

I. — Immédiatement après l'accident, ne pas toucher aux dents même cariées, même luxées, même fracturées, même mobiles non luxées, tant que l'on n'est pas prêt pour effectuer le traitement de la fracture parce que :

- a) Les dents s'opposent au déplacement ;
- b) Les dents situées dans le foyer de fracture s'opposent à la consolidation trop active (important si le malade n'est pas en situation de recevoir un traitement correct) ;
- c) Une dent dévitalisée ou cariée en mauvaise position pouvant s'avérer indispensable pour la réduction

correcte (prémolaire sur un fragment ne portant par ailleurs que des unicuspidées).

d) Une dent cariée pouvant constituer après traitement approprié un point d'appui utile ou même le seul point d'appui utilisable pour le maintien d'un fragment.

On extraira les dents qui déterminent un accident inflammatoire.

II. — Avant la pose de l'appareil de contention :

a) Enlever toutes les dents infectées ;

b) Traiter ou enlever les dents cariées ou les couronnes fracturées ; pour ces dernières, s'assurer qu'il n'y a pas d'autres fractures intra-alvéolaires ;

c) Ne conserver parmi les dents dévitalisées et mobiles que celles indispensables à la contention, mais les traiter préalablement ;

d) Toute dent dont l'alvéole est intéressée par le trait de fracture doit être surveillée très attentivement, car elle peut entraver la consolidation.

Doit-on l'extraire et quand doit-on l'extraire ?

Faut-il intervenir immédiatement ou faut-il temporiser ?

Si la dent a été fortement ébranlée par le traumatisme, si elle n'est plus retenue en place que par des attaches gingivales, il faut l'extraire. Par contre, si la dent n'a pas de mobilité excessive et si elle ne

cause pas de complications périodentaires, nous temporiserons lorsque l'arcade dentaire est intacte et lorsqu'elle risque de subir une déformation du fait de l'extraction de la dent. Cette dernière servant de coin, de butoir, sera conservée avantageusement jusqu'au vingtième jour.

III. — Lorsque le foyer de fracture est mûr pour la consolidation (après le vingtième jour), on peut alors procéder à l'extraction de ces dents, on verra la consolidation retardée s'effectuer en deux ou trois jours sans déplacement important, comme si l'os se prenait en masse.

IV. — Pendant et après le traitement, surveiller l'état des tissus dentaires (décalcification), surveiller l'état des tissus gingivaux (stomatite), rétablir un articulé aussi parfait que possible, meulage cuspidien, s'il y a un léger décalage aussi complet que possible, les dents manquantes seront remplacées par une prothèse fixe ou mobile pour éviter des déviations secondaires.

CONCLUSIONS

1° Les dents jouent un rôle défavorable par les accidents infectieux qu'elles peuvent déterminer et retarder ainsi la consolidation ;

2° Mais elles ont surtout un rôle favorable car elles permettent avec avantage la réduction et la contention des fragments, la plupart des appareils de contention étant fixés sur les dents ;

3° En présence de toute fracture des mâchoires :

a) Toutes les dents infectées déterminant des accidents inflammatoires seront extraites ;

b) Les dents cariées seront traitées ;

4° Les dents situées dans le trait de fracture :

a) Si elles sont trop mobiles, seront avulsées ;

b) Si elles sont peu mobiles, seront conservées jusqu'au vingtième jour. Leur extraction ne risquera pas alors de déformer l'arcade dentaire. La consolidation retardée s'effectuera en deux ou trois jours, comme si l'os se prenait en masse.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
M. CUNÉO

Vu : le Doyen,
Tiffeneau

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

CADENAT. — Le système dentaire et les fractures des mâchoires.

DUCHANGE. — Les fractures des mâchoires, p. 138. (Doin, 1925).

DUCHANGE. — Congrès dentaire interallié 1916, page 325.

HAMMOND. — D'après Christophe Heath : Maladie et lésions des mâchoires (traduction Darin, page 40).

HOUSSET. — Presse dentaire 1927, N° 7, p. 328.

HOUSSET. — Congrès dentaire interallié 1916, pages 175-188.

Claude MARTIN. — Traitement des fractures du maxillaire inférieur, Paris, 1887 (Alcan).

Claude MARTIN. — Prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires, 1889.

PONROY. — Thèse, Paris, 1903.

PONROY. — Revue de Stomatologie, 1921, N° 1, p. 31.

PONROY et PSAUME. — Revue de Stomatologie 1927, N° 3.

PONROY et PSAUME. — Restauration et prothèse maxillo-faciale, 1935. — (De la Pratique Stomatologique).

PONT. — Traitement immédiat des fractures du maxillaire.

PONT. — Congrès dentaire interallié 1916, pp. 71, 73, 339.

ROCHETTE. — Traitement des blessures de la face et des maxillaires au Poste de Secours de bataillons du régiment, à l'Ambulance de Corps d'Armée et à l'H.O.E, 1. — L'Hôpital, novembre 1939, pp. 525-526.

RUBRECHT (de Gand). — Congrès dentaire interallié 1916, page 230. — Revue Maxillo-faciale, 1918, p. 238.

